

記入例

太い文字の部分  
申請者が記入してください。

ごみ処理手数料(家庭系廃棄物)減額申請書

※太線の枠内だけ記入してください。

受付番号

令和 5 年 7 月 3 日

捨印



滝川市長 様

住所 滝川市大町1丁目2番15号

申請者氏名 滝川 花子 (印)

電話番号 0125-23-1234

滝川市廃棄物の  
処理手数料(家庭系) 該当種類に○印を記入してください。 及び適正処理に関する条例第30条第3項の規定により、ごみ処  
理手数料(家庭系) 付きたいので、次のとおり申請します。

種類	1 生活保護世帯等	2 70歳以上の単身者	③ 母子家庭・父子家庭		
該当年月日	令和 5 年 4 月 1 日(申請年度の4月1日以前の場合は4月1日と記載してください。)				
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	前年1年間の収入
	滝川 花子	世帯主	大正 昭和 平成 令和 59・7・12	会社員	100万
	滝川 太郎	長男	大正 昭和 平成 令和 26・6・3	小学生	
			大正 昭和 平成 令和 . .		
			大正 昭和 平成 令和 . .		

減額の判定のため必要があるときは、当該判定に必要な限度内において世帯に属する者の所得等の状況又は自らの納税状況について、調査されることを同意します。

令和 5 年 7 月 3 日

該当するものを持参してください。  
※健康保険証、ひとり親家庭等  
医療費受給者証は世帯全員分

申請者の名前を記入  
してください。

名 滝川 花子 (印)

確認書類		課税状況	納税状況	受付年月日
健康保険証		非課税	完納	
ひとり親家庭等医療費受給者証		均等割のみ課税	滞納	
児童扶養手当証書		所得割課税	〔市 税〕 〔し尿処理手数料〕	
身体障害者手帳(1・2)		未申告		
療育手帳(A)		課税権なし		
精神障害者保険福祉手帳(1)	課税情報	納税情報	生活保護	
交付 単・他 4・3・2・1	滝川市徴税吏員確認印	滝川市徴税吏員確認印	担当者確認印	

※税務課担当者の確認印が必要になります。  
(市税、し尿処理手数料を完納していることが減額の条件となります。)